



رقم مقدم الطلب: _____

إثبات رخصة

أكمل هذا الجزء و أرسل هذا النموذج إلى الجهة المسؤولة عن الترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في البلد الذي حصلت على الترخيص منه. تأكد من كتابة رقم طلبك قبل إرسال هذا النموذج.

لقد تم تسجيلي من قبل

(اسم مجلس/هيئة التمريض/القبالة)

إسم المتقدم كما ورد سجلات الترخيص

رقم الرخصة الأصلية

نوع الترخيص

توقيع مقدم الطلب

العنوان البريدي لمقدم الطلب

الإسم المذكور في طلب التسجيل التمريض/القبالة لدى إدارة التمريض المركزية

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

يستكمل فقط من مجلس / هيئة التمريض/القبالة العليا للترخيص

بعد التحية ، ، ،

صاحب هذا الطلب أعلاه تقدم للحصول على ترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في دولة الإمارات العربية المتحدة. نشكر لكم مساعدتكم لنا في تقييم طلبه. نرجو إستكمال هذا النموذج المرفق و إرساله إلى وزارة الصحة على العنوان المذكور اعلاه.

يُعتمد هذا الإقرار فقط إذا صدر مباشرة من مجلس التمريض/القبالة الأعلى.

- نوع الرخصة _____ رقم الرخصة _____
- تاريخ الصدور _____ / _____ / _____ تاريخ الإنتهاء _____ / _____ / _____ أو دائمة
- نوع الرخصة _____ رقم الرخصة _____
- تاريخ الصدور _____ / _____ / _____ تاريخ الإنتهاء _____ / _____ / _____ أو دائمة

- تم ترخيص مقدم الطلب عن طريق : الإمتحان التصديق على وثائق التمريض/القبالة
- وضع الرخصة حالياً: سارية المفعول غير مستخدمة منتهية الصلاحية

هل تم إي إجراء تأديبي ضد هذه الرخصة ؟ مثل (سحبها، إيقافها مؤقتاً، تقييدها، وضعها تحت التجربة ، إلخ ..)

إذا كانت الإجابة **نعم**، أوضح على ورقة إضافية نعم لا

هل الرخصة خاضعة حالياً لأي تحقيق؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة **نعم**، أوضح على ورقة إضافية نعم لا

إسم الهيئة / مجلس التمريض/القبالة

عنوان الهيئة / مجلس التمريض/القبالة

إسم الموظف الذي إستكمل النموذج مسماه الوظيفي

التوقيع التاريخ

الختم الرسمي

UNITED ARAB EMIRATES
Ministry Of Health



وزارة الصحة
إدارة التمريض المركزية
التنظيم و التسجيل
ص.ب: 848 أبوظبي
دولة الإمارات العربية المتحدة

رقم مقدم الطلب: _____

إثبات دراسة التمريض/القبالة

أكمل هذا الجزء و أرسل هذا النموذج إلى مدرسة/معهد التمريض الذي حصلت منه على شهادة التمريض/القبالة. تأكد من كتابة رقم طلبك قبل إرسال هذا النموذج.

الإسم الحالي: _____

الأول / الوسط / الأخير
تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____
الجنس: ذكر أنثى

الجنسية: _____ رقم الجواز: _____
لقد تم تخريجك بتاريخ: _____ / _____ / _____ من (إسم المدرسة): _____
إسم المتقدم كما ورد على الشهادة / الدبلوم: _____

أنا الموقع أدناه أطلب إستكمال هذا الإثبات و إرفاقه بكشف عن علاماتي أو نسخة طبق الأصل عنها و إرسالها بريدياً إلى:

وزارة الصحة
إدارة التمريض المركزية
قسم التسجيل و التنظيم

ص.ب 848 - أبوظبي

دولة الإمارات العربية المتحدة

توقيع صاحب الطلب

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

لإستكماله من قبل المسؤول الإداري / الجهة المختصة بمنح شهادات التمريض/القبالة في المدرسة / المعهد المذكور أعلاه.

بعد التحية ، ، ،

صاحب هذا الطلب أعلاه تقدم للحصول على ترخيص لمزاولة مهنة التمريض/القبالة في دولة الإمارات العربية المتحدة. نشكر لكم مساعدتكم لنا في تقييم طلبه. نرجو إستكمال هذا النموذج المرفق و إرساله إلى وزارة الصحة على العنوان المذكور أعلاه.

- الأسم المُسجَل للمتخرج _____
- أسم المدرسة/المعهد: _____
- عنوان المدرسة: _____
- المدرسة معتمدة من قِبَل: _____
- تاريخ إلتحاق الطالب: _____ / _____ / _____ تاريخ إستكمال الدراسة: _____ / _____ / _____
- مدة الدراسة: _____ تاريخ منح الشهادة: _____
- نوع (مسمى) الشهادة /الدبلوم: _____ معدل التخرج العام: _____ %
- هذه المؤهلات تؤهل المتخرج لممارسة المهنة ك: _____

يرجى إرفاق كشف علامات عن جميع المواد التي درسها المتقدم، إضافة إلى الساعات المعتمدة النظرية و العملية و يجب أن توثق هذه الوثيقة بختم المدرسة و توقيع المسؤول الإداري

إسم الموظف الذي إستكمل النموذج _____

مسماه الوظيفي _____

التوقيع _____ التاريخ _____ / _____ / _____

ختم المدرسة _____

تُقبل هذه الشهادة فقط إذا صدرت مباشرة من المدرسة /المعهد